

REQUEST FOR A REPLACEMENT VOTER INFORMATION CARD
SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE LA TARJETA DE
INFORMACIÓN DEL ELECTOR
DEMANN POU RANPLASMAN YON KAT ENFÒMASYON VOTÈ

Date / Fecha / Dat

Date of Birth
Fecha de nacimiento
Dat Nesans

Voter's Name / Nombre del elector / Non Votè

Residence Address / Domicilio / Adrès Domisil

Mailing address if different from residence address

La dirección postal, si no es la misma que la dirección de residencia

Adrès postal si li diferan de adrès domisil la

Telephone / Teléfono / Telefòn

Email / Correo electrónico / Imel

Voter Must Sign / El elector tiene que firmar / Votè a Dwe Siyen



You may submit the form by:

Fax: 305-499-8371
Email: register@miamidade.gov
Mail: Supervisor of Elections
P.O. Box 521550
Miami, Florida 33152

Usted puede enviar el formulario por:

Fax: 305-499-8371
Correo electrónico: register@miamidade.gov
Correo postal: Supervisora de Elecciones
P.O. Box 521550
Miami, Florida 33152

Ou ka soumèt fòm lan pa:

Faks: 305-499-8371
Imel: register@miamidade.gov
Lapòs: Sipèvisè Eleksyon
P.O. Box 521550
Miami, Florid 33152

BE informed.
BE involved.

